UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1963 N° 38

Contribution à l'Étude du Traitement des Perforations Ulcéreuses Gastroduodénales

A propos de 15 observations recueillies en 4 mois

Travail de la Clinique Chirurgicale et du Cancer
Service du Professeur Grimoud

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1963
Par

JEAN ESCOUBOUÉ

Membres du Jury . . .
- MM. GRIMOUD, *Président*
- VIRENQUE
- J. LAPORTE
- GEDÉON
- RIBET, *Suppléant*

(VIRENQUE, J. LAPORTE, GEDÉON : *Assesseurs*)

TOULOUSE
IMPRIMERIE BARUTEL
3, RUE PEYROLIÈRES, 3

1963

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546523_0073

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. LAZORTHES.
1er ASSESSEUR	BLANC
2e ASSESSEUR	SOREL
Doyens honoraires	GORSE, CALVET, LEFEBVRE.
	BRUSTIER.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RIBAUT, VALLOIS, NANTA, DUCUING, TAPIE, DELAS, RISER

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. MERIEL.
Clinique médicale	GADRAT.
Clinique chirurgicale et gynécologique	FABRE P.
Clinique chirurgicale et du Cancer	GRIMOUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX.
Clinique des maladies de la Tuberculose et Pathologie interne	MOREL.
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ.
Clinique médicale infantile et Puériculture	SOREL.
Clinique médicale de la 1re Enfance	BARDIER
Clinique neurologique et psychiatrique	GERAUD
Clinique obstétricale	GUILHEM.
Clinique odonto - stomatologique	CADENAT E.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Clinique ORL et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET.
Clinique rhumatologique	R. RUFFIE
Clinique traumatisme des membres	RIEUNAU.
Accouchement et Obstétricie sociale	PONTONNIER.
Anatomie	LAZORTHES.
Anatomie appliquée	POUILHES.
Anatomie pathologique	FABRE J.
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale	ANDRIEU
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Electro-Radiologie	MARQUES.
Embryologie	BROUSSY J.
Histologie	BIMES.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	DARNAUD.
Médecine Légale et du Travail	PLANQUES.
Médecine Sociale	BOUNHOURE.
Parasitologie	BOUISSET.
Pathologie chirurgicale	DAMBRIN.
Pathologie générale et Médecine expérimentale	SENDRAIL.
Physico-Chimie	AUVERGNAT.
Physiologie	Y. LAPORTE
Physiologie appliquée et Pharmacologie	BAISSET.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Propédeutique médicale	J. LAPORTE
Thérapeutique	DARDENNE.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	MM. COULOUMA.
Bactériologie	Mme ENJALBERT.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Chimie médicale	MM. DOUSTE-BLAZY.
Histologie et Embryologie	PLANEL
Ophtalmologie	DEODATI
Parasitologie	J. RUFFIE
Physiologie	MONTASTRUC
Physique médicale	BRU.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	MM. BASTIDE.
Anatomie pathologique	BOUISSOU.
Anesthésiologie	LARENG.
Carcinologie	ESTRADE.
Chirurgie générale	GEDEON
Electroradiologie	PONS
Hématologie	DUCOS
Histologie et Embryologie	A. GUILHEM
Médecine générale	MONNIER
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX
Pathologie expérimentale	GLEIZES.
Physiologie	BESSOU.
Physique médicale	COMMANAY.

AGREGES

Médecine générale	MM. RIBAUT
—	CALAZEL
—	RASCOL
—	LE TALLEC
—	RIBET
Chirurgie générale	ENJALBERT
—	FICAT.
—	PASQUIE.
—	SOUQUET.
—	SARRAZIN
—	GAUBERT
Dermatologie et syphiligraphie	DUPRE
Hydrologie	DENARD
Médecine légale	GREZES-RUEFF.
Neurochirurgie	J. ESPAGNO
Neurologie et psychiatrie	GAYRAL
Obstétrique	G. ESPAGNO
Ophtalmologie	BEC
Pneumo-phtisiologie	DELAUDE

AGREGES LIBRES

Anatomie	MM. THOMAS.
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE.

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique, Toxicologie et Hygiène industrielle	MM. BOURBON.
Chimie pharmaceutique	BLANC.
Matière Médicale	VINCENT.
Pharmacie chimique et pharmacodynamique	CAUJOLLE.
Pharmacie galénique	STANISLAS.
	ROUX.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M. COUTURIER.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Microbiologie	MM. BREUILLAUD
Sciences Physiques	PITET.
Sciences Naturelles	Mme CAUJOLLE.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Toxicologie	BROUSSY G.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal	M. ROCHE.
Secrétaire	BERRUT.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1963 N° 38

Contribution à l'Étude du Traitement des Perforations Ulcéreuses Gastroduodénales

A propos de 15 observations recueillis en 4 mois

Travail de la Clinique Chirurgicale et du Cancer
Service du Professeur Grimoud

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1963
Par

JEAN ESCOUBOUÉ

Membres du Jury . . .

MM. GRIMOUD, *Président*
VIRENQUE
J. LAPORTE } *Assesseurs*
GEDÉON
RIBET, *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE BARUTEL
3, RUE PEYROLIÈRES, 3

1963

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MON PERE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD

Professeur de Clinique Chirurgicale et du Cancer

Chirurgien des Hôpitaux

Vous nous avez fait le grand honneur de vous intéresser à notre travail et de présider notre thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il nous soit permis de vous exprimer toute notre reconnaissance pour l'enseignement que vous nous avez donné et toute notre gratitude pour l'honneur que vous nous faites de participer à notre Jury de Thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. LAPORTE

Professeur de Propédeutique médicale

En reconnaissance de votre enseignement et de l'honneur que vous nous faites de participer à notre Jury de Thèse.

MONSIEUR LE DOCTEUR GEDEON

Maître de Conférences agrégé

Chirurgien des Hôpitaux

En témoignage de notre vive gratitude pour l'empressement avec lequel vous avez accepté de faire partie de ce Jury.

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBET

Agrégé de Médecine Générale

Assistant des Hôpitaux

En hommage respectueux pour l'honneur qu'il nous fait en siègeant à notre Jury de Thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRERE

Assistant en Chirurgie des Hôpitaux

Auprès de qui nous avons trouvé le plus généreux accueil et qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VAHDAT

Pour son aide et l'intérêt qu'il a porté à notre travail; avec l'assurance de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PUJO

Médecin-chef de l'Hôpital d'Auch

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'accueil que vous nous avez réservé dans votre service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. SAINT-PAUL

Qu'il nous soit permis ici de vous exprimer notre profond attachement.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

La perforation de l'ulcère gastro-duodénal est considérée généralement, comme l'accident majeur qui grève et menace la vie de tous les ulcéreux.

Il suffit, pour s'en rendre compte, de signaler que nous avons pu en suivre 15 cas hospitalisés en une seule année ou plus exactement en 4 mois (de mai à août 1962) à l'hôpital Purpan de Toulouse, dans le service de Clinique Chirurgicale de notre maître, le Professeur GRIMOUD.

Elle a toujours été considérée comme une affection chirurgicale. LEJARS ne disait-il pas dans son traité de chirurgie d'urgence : « Le péritoine est en puissance d'infection aiguë : c'en est assez, je pense, et votre conscience ne sera libérée que lorsque la laparotomie aura été faite ».

Cependant, à la suite de ces données classiques, de nouvelles méthodes ont fait leur apparition, tendant à considérer cette affection non plus exclusivement chirurgicale mais susceptible, dans certains cas, de relever d'une thérapeutique médicale : nous pensons ici à l'aspiration gastrique de Hermann TAYLOR.

Dans le même temps, l'anesthésie et la réanimation ont fait de tels progrès qu'elles ont modifié jusqu'à la technique chirurgicale elle-même et amélioré singulièrement les suites opératoires.

Tous ces apports nouveaux changent donc les données du traitement de la perforation ulcéreuse et c'est sur les conseils de notre Maître, Monsieur le Professeur GRIMOUD, que nous avons décidé d'en faire le sujet de notre thèse.

Après avoir fait un rappel des conceptions classiques du traitement des perforations ulcéreuses, après avoir étudié les apports récents qui ont contribué à modifier la façon de concevoir ce traitement, nous nous efforcerons de dégager de nos propres observations, les déductions pratiques qui semblent s'imposer à la lumière des résultats obtenus.

PLAN

I. — L'EVOLUTION DES IDEES EN MATIERE DE PERFORATIONS ULCEREUSES.

II. - ETUDE CRITIQUE DES METHODES THERAPEUTIQUES.

III. — LE ROLE DES MOYENS MEDICAUX EN CHIRURGIE D'URGENCE.

IV. — DOCUMENTS CLINIQUES.

V. — RESULTATS ET DEDUCTIONS PRATIQUES.

VI. — CONCLUSION.

EVOLUTION DES IDÉES EN MATIÈRE DE PERFORATIONS ULCÉREUSES

Il est un fait qu'il faut souligner et sur lequel l'unanimité a toujours été complète : quel qu'il soit, le traitement doit être entrepris le plus rapidement possible car les résultats obtenus sont fonction de cette célérité. LEJARS (1) * soulignait déjà ce point capital et après avoir brossé les grandes lignes du diagnostic disait : « N'attendez donc pas de plus amples informations illusoires qui tuent par le temps qu'elles font perdre » et plus loin « Opérons tout de suite après avoir pris les précautions nécessaires pour que le malade supporte bien l'intervention, que du reste *nous nous efforcerons de faire courte* ».

L'intervention est donc soumise à deux impératifs : être rapidement mise en œuvre et être courte. Quel genre d'intervention pouvait-on dès lors envisager compte tenu de ces impératifs ? LEJARS nous répond encore : « La perforation découverte, qu'allons-nous faire ? Naturellement il faudra s'efforcer de fermer cette perforation soit par points séparés profonds chargeant toute la paroi, soit par invagination de l'ulcère. Cependant il arrive que la paroi gastrique ou duodénale soit d'une telle friabilité qu'elle se coupe sous le fil et que malgré tous les soins, la réunion soit impraticable. Quel parti prendre alors ? Si l'état du malade le permet, on peut recourir à une résection étendue comprenant toute la plaque malade ; mais d'ordinaire le temps presse à ce moment et il faut se contenter d'artifices sans doute précaires mais seuls utilisables. Il faut chercher à isoler la région où siège la perforation que l'on est impuissant à obturer suffisamment ».

Il va sans dire que les résultats obtenus dans de telles conditions étaient assez peu démonstratifs : mais déjà, en agissant uniquement sur le facteur temps, la mortalité pouvait être réduite. MICKULITZ, de 1885 à 1894, n'obtient qu'une seule guérison sur 35 laparotomies effectuées pour ulcères gastriques perforés, soit une mortalité de 97,15 %

* Ces chiffres indiquent les références de la Bibliographie. Voir en fin de l'ouvrage.

alors que de 1894 à 1896, sur 68 opérations pratiquées dans un délai de 12 heures après la perforation, il dénombre 32 guérisons et 36 morts, soit une mortalité qui tombe à 52,94 %.

Les auteurs arrivent ainsi à la conclusion suivante : « Ce n'est pas l'acte chirurgical qui tue et lorsqu'on voit des malades aussi profondément infecté, presque agonisants, faire preuve d'une pareille résistance, n'est-il pas légitime de croire qu'à une heure moins tardive nous pouvions les sauver ; si la proportion des guérisons opératoires est encore peu élevée, leur nombre actuel suffit à établir la légitimité et l'urgence de l'intervention ».

En dépit de ses incertitudes, la laparotomie immédiate n'en restait pas moins l'unique recours contre la mort inévitable ; le nombre croissant des guérisons témoignait de sa légitimité et faisait entrevoir des résultats inespérés dans le présent.

GANGOLPHE (2), dans son traité sur les opérations d'urgence, indique également la marche à suivre en ces termes : « En présence d'un malade atteint de péritonite par perforation d'un ulcère gastrique, deux indications sont à remplir : suturer la perforation, évacuer les matières septiques contenues dans la cavité péritonéale ».

Le principe de l'intervention établi, celle-ci étant subordonnée au facteur temps une seule méthode pouvait être appliquée : la suture de la perforation dont nous verrons plus loin la technique et les résultats.

Cependant, ces résultats étant loin de satisfaire, on en vint peu à peu à envisager d'autres modalités thérapeutiques. La place de la résection gastrique dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux non compliqués était alors bien précisée et la majorité des chirurgiens dès 1930, considéraient la gastrectomie large comme le meilleur traitement des ulcères ayant résisté aux méthodes médicales. Mais en présence des complications aiguës des ulcus gastro-duodénaux et en particulier des ulcères perforés en péritoine libre, fallait-il déroger au principe de la résection gastrique ou la pratiquer d'emblée, chaque fois que les conditions locales ou générales la rendaient possible ?

De nombreux chirurgiens parmi lesquels JUDINE (3), FINSTERER et P. DUVAL (4), conseillaient cette dernière manière de procéder. Pour illustrer cette nouvelle tendance nous rapporterons l'opinion des Professeurs FABRE et GRIMOUD (5) émise en 1939 ; ces auteurs rappellent : « Lorsqu'on intervient pour une perforation d'ulcère gastro-duodénal, on dispose de trois moyens d'action :

— Suture simple de la perforation,

— Suture avec gastro-entérostomie complémentaire,

— Résection gastro-duodénale.

« Chacun de ces méthodes a ses indications et, en présenc d'un cas particulier, l'opération adéquate doit être choisie, en tenant compte de la résistance du malade, du délai écoulé depuis le moment de la perforation, du siège de l'ulcus, de ses caractères macroscopiques et enfin, des conditions matérielles dans lesquelles on est appelé à intervenir (local opératoire, instrumentation) ».

Ainsi, en raison des progrès réalisés, à la solution unique de LEJARS, imposée par les circonstances, venait se substituer la possibilité pour le chirurgien, de choisir entre différentes méthodes, adaptables à chaque cas particulier. Dans la période actuelle la place de premier plan prise par la vagotomie dans le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal ne doit pas être perdue de vue dans le cas des mêmes ulcères perforés, que ceux-ci soient traités par excision, gastro-entérostomie ou hémigastrectomie complémentaire.

Après ce bref rappel historique, destiné à montrer l'évolution des idées sur le traitement des perforations d'ulcères, voyons donc plus en détail ces différentes méthodes de traitement, considérées désormais comme classiques.

ETUDE CRITIQUE DES METHODES THERAPEUTIQUES

LA SUTURE

Première en date, la suture consiste à fermer la plaie viscérale en laissant les organes en place. Dans la grande majorité des cas, la technique utilisée est l'enfouissement de l'ulcère, les sutures se faisant ainsi en tissu sain. Dans quelques cas, on a pu lui substituer une autre technique, celle de GATCH et OWEN, qui consiste à faire une plicature en gouttière du duodénum ou de l'estomac : cette technique a surtout été utilisée dans les cas d'ulcère énormes où les fils coupaient le tissu calleux et où l'enfouissement en bourse était impossible.

En outre, il était fréquent pour ne pas dire systématique, de pratiquer une épiplooplastie de la région suturée, destinée à renforcer d'une enveloppe supplémentaire la région plus ou moins friable entourant l'ulcère.

Ses avantages :

La suture est une méthode rapide qui constitue un traitement à minima et qui, par conséquent, peut, de ce fait, rendre d'appréciables services pour les malades dont l'état général laisse à désirer ou dans les cas de perforations traités tardivement, bien que les possibilités offertes par les moyens de réanimation modernes enlèvent beaucoup de valeur à ces arguments.

Ses inconvénients :

La simple suture n'est pas pour autant un acte chirurgical simple : elle doit être étanche. Facile à faire si les tuniques sont souples et la perforation petite, elle devient ardue et impraticable s'il s'agit de larges perforations entourées de tissu œdémateux, épais, induré et friable. Une épiplooplastie associée ne permet pas alors de surmonter cet écueil.

La suture s'adresse seulement à la perforation : elle laisse en place l'ulcus et par là même laisse subsister le risque d'une nouvelle perforation. Selon les statistiques, ces perforations itératives s'élèvent à 1,1 % pour DE BAKEY (6), pour ULFELDER et ALLEN à 2,7 % et pour PEARSE à 0,7 % : ce risque n'est donc pas négligeable.

Dans la plupart des cas, la suture n'est qu'une étape sur la voie de la gastrectomie. THOMPSON (7) et ses collaborateurs, ont rapporté 500 observations d'ulcus perforés traités par suture. Ils ont trouvé que dans 62 % des cas la gastrectomie était absolument nécessaire dans les 17 mois de la période post-opératoire en raison de l'intensité des manifestations douloureuses et de la stase pylorique. Considérant le facteur temps, THOMPSON (7) arrive à la conclusino que dans les 5 années de la période post-opératoire, 80 à 90 % des malades seront obligés de subir une gastrectomie. Autre statistique : celle de LOUIS et ses collaborateurs portant sur 160 ulcères perforés traités par suture. Sur ces 160 cas, 76 % des malades ont eu une gastrectomie secondaire. Outre le désagrément d'une seconde intervention, la gastrectomie peut s'avérer plus difficile chez ces malades, par suite d'adhérences secondaires, surtout dans les cas d'une épiplooplastie primitive.

En laissant l'ulcère en place, la suture rend possible la cancérisation de celui-ci. Certes, c'est là un argument qui ne peut être catégorique : au moment de l'urgence, d'autres soucis doivent prévaloir et l'indication de la suture ne devrait pas en souffrir ; il a cependant son importance pour l'avenir de l'ulcéreux.

Enfin, on peut signaler comme complication de la suture, la sténose. Si elle est souvent redoutée, elle est, en fait, assez rare. Cependant cette appréhension a conduit les chirurgiens à perfectionner cette méthode par une gastro-entérostomie associée.

LA SUTURE AVEC GASTRO-ENTEROSTOMIE ASSOCIEE

« On a beaucoup discuté sur la question de savoir s'il convenait d'adjoindre systématiquement à cette suture une gastro-entérostomie. La plupart des chirurgiens à la suite d'HARTMAN et de LECENE, semblent bien d'accord pour reconnaître que la gastro-entérostomie complémentaire ne s'impose que pour les ulcères duodéno-pyloriques, le calibre du pylore risquant d'être rétréci par la suture de la perforation alors que le même risque n'existe pas pour les ulcères de la petite courbure. De fait, on a dû intervenir secondairement pour faire une gastro-entérostomie dans les cas d'ulcus perforé du duodénum ou du pylore que l'on s'était contenté de suturer ».

DUVAL, dans ses mots, trace en quelque sorte, la fortune diverse dont jouit successivement la gastro-entérostomie. D'abord pratiquée « si le temps le permettait »

elle fut ensuite pratiquée de principe par RICARD notamment, mais elle ne tarda pas à être abandonnée dès qu'il fut remarqué que l'hyperacidité, la sténose pylorique et l'anastomose gastro-jujénale excluant le cadre duodénal réalisaient les conditions idéales susceptibles de provoquer un ulcère peptique post-opératoire.

Ses avantages :

Elle présente l'avantage, du moins théorique, de s'adresser à la fois à la perforation et à l'ulcère, en suturant l'une et en excluant l'autre. Elle évite ainsi une gastrectomie secondaire très souvent nécessaire après simple suture et réduit au minimum les risques de sténose à condition qu'une vagotomie bilatérale et complète lui soit associée.

Ses inconvénients :

En fait, on peut relever à l'encontre de cette méthode plusieurs griefs :

— D'une part les gastro-entérostomies ne sont pas exemptes des accidents de sténose, localisée sur la bouche anastomotique. Créée surtout dans le but de les éviter on voit donc que dans ce domaine, les résultats sont assez décevants.

— D'autre part, si la gastro-entérostomie ne guérit pas toujours l'ulcère initial, par contre, elle donne naissance à une complication qui ne lui est pas propre mais se rencontre avec une préférence particulière après une telle nitervention, en l'absence de vagotomie complémentaire : c'est l'ulcère peptique post-opératoire.

— Enfin, comme le fait remarquer SALAMBIER (8), la gastro-entérostomie, comparée en durée de réalisation à la suture, allonge l'intervention et comparée à la gastrectomie, elle n'est pas tellement moins longue.

En définitive, la suture associée à la gastro-entérostomie, occupe une place assez restreinte, puisque ni les résultats immédiats ni les résultats éloignés ne sont améliorés. Par contre, il semble que la suture avec gastro-entérostomie, associée à une vagotomie bilatérale et complète, représente une méthode digne d'être reconsidérée dans le cas d'ulcère duodénaux perforés. GUTMANN et SOUPAULT (9) ont obtenu ainsi d'excellents résultats dans les cas d'ulcères duodénaux simplement rebelles aux traitements médicaux mais aussi dans les ulcères compliqués calleux et sénosants, hémorragiques et même perforés.

Les résultats obtenus par ces deux méthodes :

Les résultats varient quelque peu avec les auteurs, mais en général la mortalité s'élève au-dessus de 20 %.

Résultats immédiats obtenus par suture seule :

	Sutures	Mortalité	Année
LENORMANT (10) ..	129	21 %	1942
VERHAEGHE et SALAMBIER (8).	314	25 %	1947
MIALARET (11)	189	23 %	1949
C.A. LUER (13)	318	18 %	1949

Résultats éloignés après suture seule :

	Récidive de la maladie ulcéreuse	Réintervention nécessaire
KINGBURG	56 %	31 %
CEULEMANS.....	60 %	?
TURNER.....	75 %	38 %
HOGER.....	72 %	44 %
HAMILTON.....	56 %	17 %

Si, comme MULLER (14), on étudie la qualité des résultats obtenus, en fonction de l'importance des antécédents ulcéreux, on observe :

— Si la perforation a été la première manifestation de la maladie ulcéreuse, 32 % des opérés par suture verront leur ulcère récidiver.

— Si les troubles remontent à moins d'un an, on verra 55 % de récidivistes et 74 % si la maladie ulcéreuse évolue depuis plus d'un an.

Résultats immédiats après gastro-entérostomie complétant la suture :

DE BAKEY (6) en 1940, évalue la mortalité à 20,4 % tandis que VERHAEGHE et SALAMBIER (8) en 1947, sur 247 opérés trouvent 17 %.

Nous n'avons pas de statistiques concernant les résultats éloignés pour la seule gastro-entérostomie, mais sur 193 malades revus et qui avaient été traités soit par suture simple soit pas suture accompagnée de gastro-entérostomie, M. GRIMOUD (5) cite 79 mauvais résultats, soit 41 % ; ces mauvais résultats se traduisant sous forme de récidives, d'ulcus peptiques post-opératoires et de dégénérescence.

Les résultats éloignés peuvent cependant être améliorés si on associe à la gastro-entérostomie une vagotomie

bilatérale. Sur 40 cas revus (opérés la plupart pour ulcère banal, mais ces résultats éloignés ne doivent pas tellement différer dans le cas d'ulcère perforés) GUTMANN et SOUPAULT ont obtenu par cette méthode :

— 36 résultats excellents : reprise de l'activité, pas de troubles digestifs sans régime ou avec régime banal,

— 3 résultats bons : reprise de l'activité mais avec de temps à autre soit une digestion lente soit un amaigrissement passager,

— 1 résultat passable : amaigrissement progressif malgré un appétit satisfaisant.

J. RAYMOND (15) nous rapporte, par contre, 7 cas d'ulcères duodénaux perforés traités par cette méthode : opération de JUDD associée à une vagotomie. Dans les 7 cas, les résultats furent excellents.

LA GASTRECTOMIE D'URGENCE

Dès 1939, notre maître, le Professeur GRIMOUD (15), écrivait : « La résection gastro-duodénale d'urgence est le traitement de choix de l'ulcus perforé mais son application exige certaines conditions. »

— condition physiologique : résistance suffisante du malade;

— condition étiologique : perforation de date récente. (une perforation ayant franchi un délai approximatif de 18 heures ne doit pas être réséquée mais suturée.)

— condition anatomique : il faut que le siège de la perforation ne soit ni trop haut ni trop bas;

— condition matérielle-malade pas trop gras, angle inférieur du thorax bien ouvert, ulcère sans réaction de voisinage importante.

A vouloir méconnaître l'ensemble de ces conditions, on a pu aboutir à de très mauvais résultats dont font état certains statistiques qui prouvaient que la mortalité après gastrectomie d'urgence était supérieure à celle observée après suture.

Ses avantages :

C'est l'intervention la plus rationnelle puisqu'elle supprime à la fois la cause et l'effet, l'ulcère et la perforation; et ceci en une seule intervention. Par le fait même, elle ne comporte plus les griefs que nous avions retenus contre la suture simple ou associée à la gastro-entérostomie : les

récidives, les ulcères peptiques (qui, s'ils existent encore, sont bien moins nombreux), les risques de sténose et de dégénérescence (qui sont réduits au minimum).

Ses inconvénients :

C'est une intervention importante qui, vu l'âge souvent avancé des malades et leur état général précaire, est susceptible de ne pas apporter les résultats que l'on était en droit d'attendre.

Les résultats immédiats :

	Année	*Nombre de cas traités*	*Mortalité*
JUDINE	1938	888	9 %
VERHAEGHE	1940	?	13,4 %
MIALARET. .	1947	165	13 %
DE BAKEY . .	1949	111	9 %

Pour sa part, notre maître, le Professeur GRIMOUD (5), en 1939, groupant plusieurs séries publiées, totalisant 1.281 interventions, constatait les résultats suivants :

751 résections	113 morts	soit 15,3 %
530 sutures	172 morts	soit 32 %

Même en tenant compte du fait que les sutures ont été réservées aux cas défavorables et graves. les statistiques donnent, dans l'ensemble, un avantage incontestable à la gastrectomie d'urgence.

Les résultats éloignés :

Sur 320 malades revus, on dénombre :

255 guérisons,

26 améliorations notables,

39 échecs, soit 12 % de l'ensemble.

Ici aussi par conséquent, avantage à la gastrectomie sur la suture pour laquelle nous avons dénombré 41 % de mauvais résultats éloignés.

Nous pouvons donc conclure que la gastrectomie d'emblée représente une thérapeutique de choix de l'ulcus perforé, mais « elle exige des conditions rarement réalisées ».

Ces conditions se sont-elles réalisées depuis ? C'est ce que nous allons voir dans le prochain chapitre.

LE ROLE DES MOYENS MEDICAUX EN CHIRURGIE D'URGENCE

Telle était donc la position de l'ensemble des chirurgiens lorsqu'en 1946 apparut une nouvelle méthode de traitement de l'ulcère perforé : l'aspiration de TAYLOR. Mais dans le même temps, l'usage des antibiotiques et les progrès réalisés dans le domaine de l'anesthésie et de la réanimation venaient modifier les résultats des interventions chirurgicales et, par là même, leurs indications.

L'ASPIRATION GASTRIQUE DE TAYLOR

Divulguée en 1946 par Herman TAYLOR (16), cette méthode de traitement de l'ulcère perforé part du principe que l'épanchement initial est souvent stérile et que la plupart du temps, le chirurgien a la surprise de trouver à l'ouverture, une perforation déjà comblée par l'adhérence à quelque viscère voisin; bref, que les obturations spontanées sont relativement fréquentes.

Il semble que la véritable urgence du drame de la perforation d'ulcère ne soit pas la tentative d'oblitération de l'orifice mais la diminution au maximum de la souillure péritonéale. L'aspiration joue un rôle de décompression de l'estomac qui, étant d'une certaine manière, en pression négative, tend à approfondir ses plis muqueux et isoler ainsi l'orifice de la perforation.

TAYLOR fit remarquer, en effet, que le péritoine qui draine une copieuse quantité de sang et de lymphe par ses cellules endothéliales et ses phagocytes, est spécialement adapté pour vaincre l'infection. « Il peut stériliser et absorber une quantité considérable de liquide infecté *pourvu que la contamination ne soit pas répétée* avant que le péritoine ait eu le temps de réparer le dommage subi. » En effet, selon l'avis de TAYLOR, le péritoine perdrait en une deuxième atteinte, son pouvoir de défense.

Bref, l'aspiration gastrique se borne essentiellement à un rôle mécanique :

évacuer rapidement l'estomac;

— maintenir la vacuité gastrique et éviter ainsi les souillures répétées;

— entraîner la décompression gastrique qui atténue la douleur et par un meilleur jeu du diaphragme, entraîne une meilleure hématose.

Pour être efficace, l'aspiration doit être continue, précoce et suffisamment prolongée environ 48 heures. On utilise comme traitement complémentaire, les antispasmodiques et les antalgiques, la chimiothérapie et les perfusions liquidiennes si besoin est.

Ses avantages :

Sur toutes les méthodes déjà étudiées, l'aspiration présente l'avantage d'être une méthode non sanglante et d'éviter ainsi, dans une période où le malade est choqué et instable, tout traumatisme chirurgical; c'est là un avantage majeur.

Ses inconvénients :

Par contre, une telle méthode offre des inconvénients. Que peut-on, en effet, lui reprocher ?

— d'abord, elle remporte rarement un succès complet devant des estomacs remplis de liquide et nourriture;

— des particules alimentaires peuvent temporairement boucher la perforation et la cicatrisation ne se fera pas;

— parfois, l'extrémité du tube aspirateur passe à travers la perforation;

— Elle nécessite une surveillance constante souvent difficile à réaliser;

— Enfin, l'objection capitale contre cette méthode est l'erreur de diagnostic.

En effet, ce syndrome péritonéal aigu peut traduire une perforation ulcéreuse mais aussi entre autres diagnostics, une appendicite aiguë avec rupture, un volvulus du grêle ou un kyste de l'ovaire rompu, autant d'affections qui sont des indications chirurgicales d'urgence. L'aspiration sera ici sans effet mais fera perdre un temps précieux : la laparotomie, en rectifiant d'emblée le diagnostic, aurait permis d'intervenir aussitôt et de sauver le malade.

Ses résultats immédiats :

Sur 28 cas traités par aspiration, TAYLOR lui-même compte 4 morts, soit une mortalité de 14 %.

HESLOP (17), dans un hôpital anglais, compte une mortalité de 7,7 % sur 104 cas traités par la même méthode.

Un nombre identique de malades traités par la même technique, dans un autre hôpital, présente un taux de mortalité de 8,6 %.

Ses résultats éloignés :

Il ressort des statistiques que 20 % des malades sont définitivement guéris. Les autres sont obligés de subir dans des délais variant de 26 jours à 3 ans une gastrectomie secondaire qui très souvent devient plus difficile par suite d'adhérences plus ou moins solides.

Pour conclure sur cette méthode, nous dirons donc que, malgré de nombreuses publications faites en sa faveur, on relève contre elle de nombreux incidents et des complications qui en élèvent la mortalité. A vouloir la généraliser systématiquement, on accumulerait les catastrophes. Il ne faut donc pas lui donner la valeur d'une méthode médicale exclusive dans le traitement des perforations ulcéreuses car elle ne doit être appliquée qu'en milieu hospitalier, par des chirurgiens avertis, prêts à intervenir en cas de nécessité. Envisagée sous cet angle, elle peut rendre d'appréciables services, d'abord en atténuant la douleur, ensuite en permettant au chirurgien d'intervenir sur un estomac à peu près vide, sur un malade déshocké et préparé pour une intervention rationnelle qui ne comportera qu'un risque opératoire minime.

LES PROGRES DE L'ANESTHESIE ET DE LA REANIMATION

Avant d'envisager cette évolution des techniques, disons tout d'abord que l'usage de la pénicilline avait déjà contribué à améliorer les résultats immédiats de toutes les interventions chirurgicales, en diminuant dans des proportions considérables la fréquence des complications infectieuses, notamment les complications pulmonaires et les péritonites.

Les progrès plus récents de l'anesthésie et de la réanimation ont permis, à leur tour, de réaliser des interventions plus conséquentes, en libérant le chirurgien du facteur temps et en atténuant pour le malade le choc opératoire. Il en est ainsi pour la gastrectomie qui est devenue une intervention, sinon banale, du moins courante et relativement peu traumatisante.

L'anesthésie a parcouru, en effet, en un siècle, un chemin considérable qui l'a élevée, d'une pratique empiri-

que, au rang d'une science : l'anesthésiologie. Le rôle du médecin-anesthésiologiste n'est plus seulement d'assurer l'insensibilité et l'irréflectivité de l'opéré, mais de maintenir, de rétablir, d'aménager son équilibre respiratoire et circulatoire, de contribuer à la prévention de l'état de choc.

Ce rôle commence au cours de la période pré-opératoire : il consiste dans la mise en œuvre d'une pré-médication destinée à favoriser l'induction et le maintien de l'anesthésie mais aussi à s'opposer aux conséquences de l'agression chirurgicale en apportant les corrections de la masse sanguine s'il y a lieu et en comblant les déficits électrolytiques et vitaminiques.

Ce rôle se poursuit au cours de l'intervention, par une surveillance constante du malade : c'est essentiellement ici un rôle de réanimation :

— réanimation respiratoire par intubation trachéale et insufflation rythmique du poumon avec de l'oxygène pur;

— réanimation cardiaque parfois;

— maintien de l'équilibre circulatoire par transfusion artérielle ou veineuse.

Ce rôle continue enfin au cours de la période post-opératoire par correction encore des troubles hydro-électriques et lutte contre l'atélectasie pulmonaire par désobstruction de l'arbre bronchique.

Ainsi, à tous les stades de l'intervention, l'anesthésiologiste, par tous les moyens que la technique met à sa disposition, évite au malade le choc opératoire ou, du moins, tend à le réduire.

Il est évident que de tels progrès ont bouleversé le code des indications opératoires : la gastrectomie, même pratiquée d'urgence, ne saurait avoir échappé à la règle et telle ligne de conduite valable en 1945 ou 1950 doit être aujourd'hui reconsidérée.

DOCUMENTS CLINIQUES

NOS PROPRES OBSERVATIONS

Comme nous l'avons dit, ces 15 observations ont été recueillies dans le service Clinique Chirurgical du Professeur GRIMOUD, à l'Hôpital PURPAN, de TOULOUSE, durant l'année 1962, au cours des mois de mai, juin, juillet et août..

OBSERVATION N° 1.

NOM : L... - *Prénom :* J.-M. - *Age* 27 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Depuis septembre 1961.

SIEGE : Ulcus de la face antérieure du bulbe duodénal.

HISTOIRE CLINIQUE : Typique, avec vomissements, douleur syncomale en coup de poignard sus-ombilicale, ventre de bois rétracté ne respirant pas. Shock. Toucher rectal négatif, radiographie négative.

DATE DE L'INTERVENTION : 24 heures après la perforation.

TRAITEMENT PRE-OPERATOIRE : Aspiration plus perfusion.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Lapratomie sus-ombilicale, découverte d'une perforation de moyen calibre avec quantité importante de liquide intra-péritonéal ; *vagotomie bilatérale, hémi-gastrectomie,* rétablissement de la continuité par anastomose, type Finsterer Drain et fermeture.

SUITES OPERATOIRES : Normales ; le malade sort le 4 août, soit 15 jours après la perforation.

OBSERVATION° N 2.

NOM : CH... - *Prénom :* R. - *Age :* 34 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Depuis août 1961.

SIEGE : Ulcus du duodénum.

HISTOIRE CLINIQUE : Violente douleur au niveau de l'épigastre, pas de vomissements, défense pariétale, douleur provoquée dans la zone épigastrique, toucher rectal douloureux au niveau du cul de sac de Douglas à droite.

DATE DE L'INTERVENTION : Moins de 12 heures après le début de la perforation.

RADIOGRAPHIE : Croissant gazeux sous-hépatique, image de penumopéritoine.

TRAITEMENT PRE-OPERATOIRE : Aspiration plus perfusion.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Laparotomie sus-ombilicale, découverte d'une perforation sur la face antérieure du duodénum de petit calibre ; gastrectomie des 2/3 avec anastomose type Finsterer ; drain sous-hépatique ; fermeture.

SUITES OPERATOIRES : Simples, le malade sort le 15 septembre, soit 18 jours après la perforation.

OBSERVATION N° 3.

NOM : F... - *Prénom :* J. - *Age :* 69 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Gastrectomie en 1958 pour ulcère.

HISTOIRE CLINIQUE : Violente douleur para-ombilicale, agitation extrême, sueurs, le ventre respire mal, hyperesthésie cutanée, contracture de la zone para-iliaque gauche ; toucher rectal et radio négatifs.

DATE DE L'INTERVENTION : 3 jours après la perforation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Perforation siègeant au niveau de l'anse efférente de l'anastomose jéjunale ; suture de la perforation.

SUITES OPERATOIRES : Sans incident ; sort 1 mois après la perforation.

OBSERVATION N° 4.

NOM : M... - *Age :* 62 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Depuis 15 jours.

SIEGE : Ulcus duodénal.

HISTOIRE CLINIQUE : Douleur violente abdominale d'apparition brutale ; contracture abdominale généralisée ; radiographie positive traduisant le pneumopéritoine.

DATE DE L'INTERVENTION : Moins de 12 heures après la perforation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Découverte d'une perforation de moyen calibre située sur la face antérieure du duodénum ; liquide intra-péritonéal assez abondant, *vagotomie bilatérale* et *hémi-gastrectomie*, rétablissement de la continuité par une anastomose, gastro-jéjunale type Finsterer.

SUITES OPERATOIRES : Très satisfaisantes ; sort 1 mois après la perforation.

OBSERVATION N° 5.

NOM : M... - *Prénom :* J. - *Age :* 59 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Depuis 1960.

SIEGE : Ulcère gastrique.

HISTOIRE CLINIQUE : Douleur brutale sus-ombilicale, vomissements, contracture abdominale shock, image radiologique de pneumopéritoine.

DATE DE L'INTERVENTION : Moins de 12 heures après la perforation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Découverte d'un culcère calleux perforé, volumineux, du versant antérieur de la petite courbure ; gastrectomie et rétablissement de la continuité par anastomose gastro-jéjunale du type Finsterer.

SUITES OPERATOIRES : Normales ; sort 35 jours après la perforation.

OBSERVATION N° 6.

NOM : D... - *Prénom :* D. - *Age :* 41 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Depuis 20 ans.

SIEGE : Ulcus du bulbe duodénal.

HISTOIRE CLINIQUE : Violentes douleurs abdominales d'apparition brutale, nausées, contracture abdominale intense, douloureuse, maximale au niveau de la gouttière pariéto-colique ; toucher rectal douloureux à droite ; image radiologique de pneumopéritoine.

DATE DE L'INTERVENTION : Moins de 12 heures après la perforation.

TRAITEMENT CHNRURGICAL : Découverte d'un ulcère au niveau de la face antérieure du canal pylorique, avec liquide intrapéritonéal important (500 cc.), gastrectomie subtotale ; rétablissement de la continuité par Finsterer.

SUITES OPERATOIRES : Collapesus cardio-vasculaire qui fait envisager la possibilité d'un lâchage de suture ; amélioration sous traitement médical. Le malade sort 20 jours après l'épisode initial.

OBSERVATION N° 7.

NOM : A... - *Age :* .

ANTECEDENTS ULCEREUX : Depuis 1954.

SIEGE : Ulcère gastrique.

HISTOIRE CLINIQUE : Crise douloureuse d'apparition brutale et devenant rapidement intolérable, météorisme intestinal, pas de vomissement, pas d'arrêt des matières et des gaz ; pas d'image radiologique typique.

DATE DE L'INTERVENTION : 10 jours après la crise initiale.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Découverte d'un très volumineux ulcère calleux perforé de la petite courbure ; gastrectomie totale ; l'examen histologique de la pièce opératoire a montré qu'il s'agissait d'un ulcus dégénéré, infiltration adéno-carcinomateuse sur la berge de l'ulcus.

SUITES OPERATOIRES : Des plus calmes, sort 14 jours après.

OBSERVATION N° 8.

NOM : M... - *Prénom :* L. - *Age :* 60 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Depuis 1945.

SIEGE : Ulcus gastrique infra-cardiaque.

HISTOIRE CLINIQUE : Syndrome abdominal aigu d'apparition brutale avec état de shock important et contracture généralisée de l'abdomen ; pas d'image radiologique typique.

DATE DE L'INTERVENTION : Moins de 6 heures après la perforation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Découverte d'un énorme ulcus perforé infra-cardiaque de la petite courbure ; l'ulcus repose sur une épaisse paroi scléreuse, ce qui entraîne une gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité par anastomose jéjuno-jéjunale.

SUITES OPERATOIRES : Normales, malgré un accident dû à l'explosion des gaz intestinaux au contact du bistouri électrique lors d el'ouverture de l'intestion. Explosion qui avait entraîné une déchirure partielle de l'anse efférente et 10 centimètres plus loin un éclatement complet de l'anse intestinale sur environ 10 centimètres. Le malade sort 45 jours après la perforation.

OBSERVATION N° 9.

NOM : Cl.... - *Prénom :* J.-B. - *Age :* 61 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Depuis 1 an.

SIEGE : Ulcère gastrique.

HISTOIRE CLINIQUE : Douleur en coup de poignard dans la région épigastrique puis généralisée à tout l'abdomen ; nausées et vomissements ; ventre rétracté, hyperesthésie cutanée, ventre de bois ; image radiologique de pneumopéritoine.

DATE DE L'INTERVENTION : Moins de 12 heures après la perforation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Découverte d'un ulcus perforé de la petite courbure ; gastrectomie subtotale d'urgence.

SUITES OPERATOIRES : Simples ; sort 17 jours après la perforation.

OBSERVATION N° 10.

NOM : P... - *Prénom :* L. - *Age :* 79 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Depuis 2 ans.

SIEGE : Ulcus duodénal.

HISTOIRE CLINIQUE : Violente douleur épigastrique irradiant dans l'hypochondre droit, nausées, régurgitations ; le ventre respire mal, légère défense abdominale, contracture épigastrique ; image de pneumopéritoine.

DATE DE L'INTERVENTION : Moins de 24 heures après le début de la perforation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Gastrectomie subtotale.

SUITES OPERATOIRES : Calmes, sort 25 jours après la perforation.

OBSERVATION N° 11.

NOM : F... - *Prénom :* E. - *Age :* 56 ans.

ANTECEDENTS ULCEREUX : Depuis 30 ans.

SIEGE : Ulcus du bulbe duodénal.

HISTOIRE CLINIQUE : Douleur en coup de poignard para-ombilicale, vomissements, pouls à 90, contracture abdominale, sonorité pré-hépatique ; image de pneumopéritoine.

DATE DE L'INTERVENTION : Moins de 12 heures après le début de la perforation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Gastrectomie subtotale.

SUITES OPERATOIRES : Normales ; sort 17 jours après l'épisode initial.

OBSERVATION N° 12.

NOM : V... - *Prénom :* A. - *Age :* 64 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Aucun antécédent digestif.

HISTOIRE CLINIQUE : Douleur brutale épigastrique diffusant à tout l'abdomen ; vomissements, contracture importante ; image de pneumopéritoine.

DATE DE L'INTERVENTION : Moins de 12 heures après le début de la douleur.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Découverte d'un ulcus du bulbe perforé ; gastrectomie subtotale.

SUITES OPERATOIRES : Simples ; sort 20 jours après la perforation.

OBSERVATION N° 13.

NOM : M... - *Prénom :* J.-M. - *Age :* 76 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Depuis 15 ans.
SIEGE : Ulcère gastrique.

HISTOIRE CLINIQUE : Douleur brutale épigastrique ; ventre rigide ; hyperesthésie cutanée, très nette contracture épigastrique ; toucher rectal très douloureux ; image radiologique de pneumopéritoine ; état général assez précaire.

DATE DE L'INTERVENTION : Moins de 12 heures après le début de la perforation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Découverte d'un ulcus calleux perforé de la petite courbure, bouché par le pancréas ; gastrectomie d'urgence.

SUITES OPERATOIRES : Evolution favorable malgré l'apparition d'une phlébite du membre inférieur gauche, traitée par les anticoagulants. Sort 35 jours après.

OBSERVATION N° 14.

NOM : L... - *Prénom :* P. - *Age :* 59 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Depuis 1938.

SIEGE : Ulcère du bulbe duodénal.

HISTOIRE CLINIQUE : Douleur brutale au milieu d'un repas, contracture abdominale importante, pas d'image de pneumopéritoine ; à signaler que ce malade a eu une sympathectomie bilatérale pour artérite des membres inférieurs.

DATE DE L'INTERVENTION : Moins de 24 heures après la perforation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Découverte d'un ulcus perforé de la face antérieure du bulbe duodénal ; gastrectomie d'urgence.

SUITES OPERATOIRES : Satisfaisantes ; sort 30 jours après.

OBSERVATION N° 15.

NOM : M... - *Prénom :* J. - *Age :* 80 ans.

ANTECEDENTS D'ULCUS : Aucun antécédent digestif.

HISTOIRE CLINIQUE : Douleur abdominale avec arrêt des matières et des gaz ; pouls à 110, météorisme ; amaigrissement et déshydratation. Image radiologique de pneumopéritoine ; cœur sénile en arythmie.

DATE DE L'INTERVENTION : 24 heures après l'épisode initial.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : Découverte d'un ulcus perforé sur la face antérieure du canal pylorique ; importante quantité de liquide verdâtre intra-péritonéal gastrectomie des 2/3.

SUITES OPERATOIRES : Favorables ; sort 16 jours après l'intervention.

Que pouvons-nous retenir après la lecture de ces observations ? :

— Tous nos malades étaient des hommes.

— Durant cette année 1962, toutes les perforations se sont groupées au cours des mois de mai, juin, juillet et août.
Ces deux données confirment les notions étiologiques classiques.

— Le siège de la perforation se répartit ainsi :
duodénum : 8;
estomac : 5;
canal pylorique : 1;
anse efférente d'une anastomose gastro-jéjunale : 1.

— L'âge de nos malades est très étalé, puisque le plus jeune a 27 ans et le plus âgé 80; la moyenne d'âge est pour l'ensemble de 59 ans.

— Malgré cet âge relativement élevé, les suites opératoires ont été très bonnes puisque tous nos malades avaient quitté le service dans un délai de 1 mois (sauf un seul pour lequel nous avions eu un accident opératoire : explosion au contact du bistouri électrique et qui était resté hospitalisé 45 jours).

— Sur nos 15 malades, 14 ont été gastrectomisés d'urgence; le quinzième, ayant été précédemment gas-

trectomisé pour ulcère, a été traité par une suture en deux plans pour perforation d'un ulcère peptique.

Nous avons pratiqué sur deux de nos malades, en plus de la gastrectomie, une vagotomie bilatérale dont tous les auteurs s'accordent pour admettre actuellement le très grand intérêt qu'elle présente dans le traitement de l'ulcère duodénal perforé ou non.

RÉSULTATS ET DÉDUCTIONS PRATIQUES

Comme nous l'avons vu, pour nos 15 malades, dont 14 furent traités par une gastrectomie d'urgence, les suites opératoires sont normales et sans complication dans la majorité des cas; nous n'avons observé que deux incidents: un collapsus cardio-vasculaire chez un homme pourtant jeune, d'ailleurs vite surmonté et une phlébite d'un membre inférieur chez un patient de 76 ans qui a rétrocédé sous thérapeutique anti-coagulante. La durée moyenne d'hospitalisation se situe aux environs de 24 jours.

Peut-être nous rétorquera-t-on que nous ne pouvons tirer des conclusions définitives au vu d'un ensemble de malades constituant une série heureuse ou exceptionnelle ? Il faut faire remarquer cependant :

— d'abord, parmi ces malades, il s'en trouve 4 âgés de 70 à 80 ans, la majorité, c'est-à-dire 12 sur 15, restant groupés au delà de 50 ans;

— ensuite, ces gastrectomies ont été pratiquées parfois longtemps après le début de la perforation, en tous cas, bien loin du délai idéal fixé par les classiques. Rappelons, en effet, que, pour un de nos mades, nous avons été appelés à faire cette gastrectomie 10 jours après la perforation, alors que celui-ci était profondément infecté et présentait un état général très atteint. Il n'est pas douteux, cependant, que la précocité de l'intervention reste en pareil cas éminemment souhaitable.

— enfin, des temps opératoires parfois assez longs (ce fut le cas de l'observation n° 8) n'ont pas eu d'incidence sur l'issue de l'intervention.

Nos résultats sont d'ailleurs en accord avec ceux d'autres auteurs : c'est ainsi que

DECKER (18), sur 64 cas gastrectomisés d'urgence, signale un mort.

CHRISTEAS (19), sur 48 cas gastrectomisés d'urgence, ne signale aucun décès.

COOLEY (20), sur 112 cas gastrectomisés d'urgence, signale 5 morts.

Il serait inexact de rapporter cette mortalité minime à une bonne sélection des cas, puisque l'un d'entre eux, DECKER, gastrectomise par principe.

Résultats éloignés :

Nous n'avons pas le recul nécessaire pour les évaluer nous-mêmes, mais il semble raisonnable de penser avec NOORDIJK, qu'ils ne diffèrent pas de ceux obtenus dans les gastrectomies à « froid ».

DEDUCTIONS PRATIQUES

A la lumière de cette expérience, quelles sont donc les indications respectives de ces trois méthodes thérapeutiques : suture avec ou sans gastro-entérostomie, aspiration gastrique et gastrectomie ?

Nous avons déjà parlé des reproches qu'on adressait à l'aspiration gastrique en tant que traitement exclusif de l'ulcère perforé. Outre des résultats immédiats peu convainquants, elle n'accorde, le plus souvent, qu'un délai au malade sur le chemin qui le mène à une gastrectomie obligatoire. En conséquence, nous la considérerons comme un pis-aller, à n'utiliser que dans des circonstances exceptionnelles où un acte chirurgical ne peut être effectué, circonstances qui tiennent surtout à l'isolement du malade et au délai de transport, circonstances qui ne sont que rarement réalisées actuellement dans nos régions.

En ce qui concerne la suture, nous avons relevé à peu près les mêmes griefs. Elle offre sur l'aspiration l'avantage de permettre une vision exacte des lésions et de fermer à coup sûr la plaie viscérale. Intervention rapide, peu traumatisante, elle trouve encore ces indications pour des malades qui ont très mauvais état général. HILLEMAND conseille cette méthode :

— pour tous les malades âgés de moins de 30;

— lorsque l'état général est précaire;

— pour tout ulcère dont la première manifestation est précisément la perforation et qui a des chances de ne pas récidiver.

Toutes ces conditions restreignent déjà considérablement le champ d'action de cette méthode car les ulcères qui se perforent sont le plus souvent de vieux ulcères. Quant à l'état général du malade, nous avons vu qu'il ne constituait plus un obstacle à une intervention plus conséquente par suite des progrès de l'anesthésie et de la réanimation.

Aussi, dans la grande majorité des cas, serons-nous appelés à faire une gastrectomie d'urgence, puisque c'est en la circonstance l'intervention la plus rationnelle et qu'au demeurant, les suites immédiates en sont moins mauvaises et les suites futures bien meilleures. L'âge de nos malades n'est plus une contre-indication, tout juste un frein à l'emploi systématique de cette méthode. Par contre, chez les malades jeunes on est en droit d'hésiter : doit-on, comme HILLEMAND, ne pas faire de gastrectomie avant 30 ans ?

Pour notre part, il nous semble préférable d'adopter une conduite moins systématique car, souvent, il faudra savoir préférer une guérison effective et totale à une guérison longue et hypothétique sous le seul prétexte qu'elle n'est pas mutilante.

Le malade jeune, porteur d'un ulcère et qui est appelé à effectuer des travaux pénibles, ne doit pas subir une gastrectomie trop large qui gênerait inévitablement ses possibilités d'alimentation et de nutrition. Si l'ulcère siège sur le duodénum, s'il s'accompagne d'une forte hyperacidité (dont les tubages après injection d'histamine et après injection d'insuline précisent la variété) l'adjonction de la vagotomie bilatérale sous diaphragmatique sera le meilleur garant vi-à-vis d'un ulcère peptique post-opératoire, en ménageant les plus grandes possibilités d'absorption digestive, de reprise du poids, autorisant pour l'avenir une activité normale. C'est le moyen le plus efficace pour éviter les séquelles parfois si pénibles de la gastrectomie trop généreuse des hommes jeunes.

CONCLUSION

Cette expérience, basée sur une série d'observations assez conséquentes pour un laps de temps aussi court, n'apporte, certes, pas des incidences révolutionnaires dans le traitement des ulcères perforés. Elle situe simplement les valeurs et fait de la gastrectomie une méthode de choix qui ne peut que s'affirmer dans l'avenir.

La gastrectomie, pratiquée d'emblée, dans le traitement des ulcères perforés, devient comparable à la gastrectomie « à froid » pratiquée dans le traitement des ulcères non perforés. Etant donné qu'elle représente une cure radicale de l'ulcère et de sa complication, il y a tout lieu d'en faire la thérapeutique majeure de la perforation ulcéreuse. L'aspiration gastrique, étant par trop incertaine, seule la suture peut survivre des contre-indications de la gastrectomie. Celles-ci sont, à vrai dire, de plus en plus rares. Si la suture peut encore trouver grâce devant un certain penchant à vouloir être conservateur, avec tout le cortège d'incertitude et de risques que comporte cette attitude, il est évident que la gastrectomie groupe autour d'elle, avec sa sécurité et son caractère définitif, tous les arguments de la raison.

BIBLIOGRAPHIE

1. LEJARS. — *Traité de chirurgie d'urgence.* 1909.
2. GANGOLPHE. — *Traité de chirurgie d'urgence.* Collection Testut.
3. JUDINE. — A propos du traitement des ulcères perforés. *Jour. de chirurgie,* 1939, *vol. 4.*
4. DUVAL. — Gastrectomie d'urgence des ulcères perforés. *Bulletin et mémoire de l'académie de chirurgie,* 1924.
5. FABRE et GRIMAUD. — Considérations sur 4 perforations ulcéreuses traitées par la gastrectomie d'emblée. *Toulouse Médical,* décembre 1939.
6. DE BAKEY. — Acute perforated gastro-duodenal ulceration : *Statistical and review of litterature.* Surgery Novembre 1944. *Vol. n° 8.*
7. THOMPSON et PROUT. — Surgical traitment of peptic ulcer : Recent experience at Los Angeles general hospital. *Arch. Chir.* Avril 1947, *vol. 54.*
8. VERHAEGHE et SALAMBIER. — Résultats thérapeutiques des perforations ulcéreuses. *Société de chirurgie.* Lille, 8 mai 1947.
9. GUTMANN et SOUPAULT. — Opération de Dragstedt et ulcère duodénal. *Presse Médicale.* Janvier 1962, 70, *n° 5.*
10. LENORMANT. — Résultats éloignés des ulcères perforés. *Presse Médicale,* 8 août 1942.
11. MIALARET. — Gastrectomie d'urgence dans 75 cas d'ulcères perforés. *Bulletin et Mem. de l'Acad. de Chir.* 1944, p. 28.

    Id. — Problème du traitement de ulcères perforés gastro-duodénaux. *Presse Médicale,* 22 février 1950.
12. MIALARET et EDELMAN. — Le problème du traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux. *Paris Masson,* 1949.
13. LUER. — Acute perforation of stomach and bowel ulceration. *Surgery, vol. 25,* mars 1949.
14. MULLER. — *Mémoire de l'Académie de Chirurgie,* 1957, 83, n° 23-24, 749-759.
15. RAYMOND (J.). — L'opération de JUDD associée à la vagotomie dans le traitement des ulcères duodénaux perforés. *Archives Appareil Digestif,* 1962.
16. TAYLOR. — Perforated peptic ulcer traated without operation. *The Lancet,* 28 septembre 1946.
17. HESLOP. — *Annals of surgery.* Fevrier 1961, *vol. 153,* n° 2. *Surgery,* décembre 1961, *vol 50,* n° 6.
18. DEKER et SAEGESSER. — *Mémoire de l'académie de Chirurgie,* 1954, 80, n° 4-5, 170-174.
19. CHRISTEAS et CHRYSSOSPATIS. *Mémoire de l'Académie de chirurgie,* 1955, 81, n° 1-2-3, 38.
20. COOLEY et JORDAN. — *Annals of sugery,* juin 1955, 141, n° 6, 840-852.